

後 期 高 齢 者 医 療 食 事 (生 活) 療 養 差 額 支 給 申 請 書

受付日 年 月 日
決定日 年 月 日

| | | | | | |
|---------|--|----------------|--------|---|---|
| 保険者番号 | | 個人番号 | | | |
| 被保険者番号 | | 療 養 を 受 け た | 被保険者氏名 | | |
| 公費負担番号 | | | 生年月日 | | |
| 公費受給者番号 | | | 年 | 月 | 日 |

減額認定証の内容を記載してください。

| | | | |
|-----------|-------|---------------|-------|
| 交 付 区 分 | | 適 用 年 月 日 | 年 月 日 |
| 交 付 年 月 日 | 年 月 日 | 長 期 該 当 年 月 日 | 年 月 日 |

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------------------|----------|------|
| 診療を受けた医療機関等の所在地 | | | |
| 診療を受けた医療機関等 | | | |
| 入院日数 | 年 月 日 から | 年 月 日 まで | 日間 回 |
| 入院に際して受けた食事(生活)療養に対し支払った額(標準負担額) 円 | | | |
| 減額認定を受けていることの確認を受けなかった理由 | | | |
| 発病又は負傷の理由 | 1: 第三者行為(交通事故等) 2: 単独事故(運転・同乗) 3: その他(疾病等) | | |

| | | |
|------|----------------------------------|-----|
| 差額支給 | イ () 円 × () 回 = () 円 | 合 計 |
| | ロ () 円 × () 回 = () 円 | |
| | ハ () 円 × () 回 = () 円 | |
| | ニ () 円 × () 回 = () 円 | |
| | ホ 却下 (理由:) | |

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は()内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

| | | | |
|--------------------|----------------------------------------------------------|------|-------------|
| 振込先 | 銀行 本店・支店 信用 金庫 () 信用 組合 協同 組合 組 合 () | 預金種別 | 普通当座 () |
| 口座番号等 左詰記載して下さい | | | |
| 口座名義人 (カタカナ) | | | |

口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

上記のとおりに関係書類を添えて後期高齢者医療の食事(生活)療養負担額差額の支給を申請します。

年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申 請 者 住 所 _____
氏 名 _____
連 絡 先 _____